

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

| PACIENTE | RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> | <p>Nome: _____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p> |

Informações Gerais: A transfusão de hemocomponentes tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Glóbulos Vermelhos, Plaquetas e Fatores de Coagulação, por meio dos hemocomponentes: Concentrado de Hemácias, Concentrado de Plaquetas, Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos: Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e Ministério da Saúde, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão, que pode ser manifestada de várias formas como tremores, coceira (prurido), manchas vermelhas na pele (*rash* cutâneo) e febre. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** é a melhor indicação para meu quadro clínico, durante o período completo do tratamento de minha doença nesta Instituição.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão:

Nome e CRM do médico: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome e CRM do médico: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / ____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável